

Erregerkodierung bei Infektion/ Sekundärinfektion einer offenen Wunde

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft hat darüber informiert, dass der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG am 17.08.2022 auf seiner Internetseite die Entscheidung zum Schlichtungsverfahren S20220008 „Klärung Erregerkodierung bei Infektion/ Sekundärinfektion einer offenen Wunde (z.B. Hautulkus)“ (siehe [Liste der Schlichtungsverfahren](#) auf der Internetseite des InEK).

Hintergrund des Antrages war die bisher strittige Kodierung des gemäß DKR D012, Tabelle 2, obligat als Sekundärkodes anzugebenden Erregerkodes

- B95.-! Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- B96.-! Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
- B98.-! Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

der im Zusammenhang mit der Infektion oder Besiedelung von offenen Wunden oder Dekubitalulzera, insbesondere auch bei der Kodierung von Mala perforanta und anderen Fußwunden bei DFS steht.

Der Medizinischen Dienst (MD) war der Meinung, dass die den oben genannten Sekundärkodes inhärente Formulierung „... als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“ eine Kombination der Erregerkodes mit einem Code für die Wunde ausschließen würde, da die Erreger eben nicht Ursache der Wunde seien. Die bei Vorliegen einer Keimbesiedelung klassifikatorisch zulässige Kombination von Erregercode und einem entsprechenden Z-Code aus dem Kapitel XXI der ICD-10-GM (z. B. Z22.3 bei Keimträgerschaft) wurde vielfach nicht akzeptiert, da im Gegensatz zur klassifikatorischen Auslegung der WHO, die Z-Kodes aus Sicht des MD keine Krankheiten beschreiben.

- A) Mit der Entscheidung des Schlichtungsausschusses wird nun klargestellt, dass bei offenen **Wunden mit klaren Zeichen einer Infektion** (wie z. B. Rötung, Schwellung Überwärmung) zusätzlich zu einem geeigneten Code für die Infektion (z. B. L08.8) ein Code aus B95.-!, B96.-! oder B98.-! angegeben werden kann, sofern entsprechende Bakterien nachgewiesen werden und diese einen zusätzlichen Aufwand im Sinne der DKR D003 begründen.
- B) Für die reine **Keimbesiedelung** von chronischen offenen Wunden **ohne klare Zeichen einer Infektion** folgt der Schlichtungsausschuss in seiner Entscheidung der Argumentation der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG): Der Terminus „als Ursache von Krankheiten“ in den Codes B95.-!, B96.-! und B98.-! ist sowohl als primärursächliche Kausalität als auch im Sinne einer sekundär aggravierenden bzw. krankheitsunterhaltenden Ursache zu werten. Somit ist nach der Entscheidung des Schlichtungsausschusses Bund bei einer pathologischen Keimbesiedelung eine Kombination der genannten Sekundärkodes mit einem Code für die Wunde unter folgenden Voraussetzungen möglich:
1. eine nachgewiesene pathologische Besiedelung (nachgewiesen durch ein anerkanntes

- Scoring-Instrument zum Infektionsrisiko, z. B. wound at risk score ≥ 3 **und**
2. ein geeigneter Kode für die Wunde (z. B. L89.- *Dekubitalgeschwür und Druckzone*)
sowie
 3. eine resistenzgerechte Arzneimitteltherapie.

Der Schlichtungsausschuss schließt damit die Kodierung einer „einfachen“ Keimbesiedlung aus, lässt aber die Kodierung explizit z.B. für klassische DFS-Wunden zu.

Die Geschäftsstelle der DKG weist darauf hin, dass der zur Risikostratifizierung genannte W.A.R. Score nur beispielhaft aufgeführt wurde und selbstverständlich auch andere, validierte Scoring-Systeme verwendet werden können. Auch muss jedes Krankenhaus für sich klären, mit welchem Scoring wann bei wem eine Risikostratifizierung gut dokumentiert ggf. neu implementiert wird, sofern der W.A.R. Score (oder anderer Score) nicht bereits als Standard bei allen Wunden zum Einsatz kommt, die nicht offensichtlich infiziert sind.